



Quelle efficacité pour la prévention des addictions chez les adolescents ?

**S. ROUSSEL
D. DOUMONT**

A la demande du Centre Local de Promotion de la Santé du Brabant Wallon
et en collaboration avec l'ASBL Nadja

**Avril 2008
Réf. : 08- 49**

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

TABLE DES MATIERES

Introduction	3
<i>A propos de la problématique des assuétudes</i>	3
<i>A propos de la méthode</i>	5
1. Situation en Belgique	7
1.1. <i>Ampleur du phénomène d'addiction chez les jeunes en Communauté Française</i>	7
1.1.1. Compétences de vie	7
1.1.2. Comportements de consommation	7
1.2. <i>Quelques exemples d'intervention en Belgique Francophone</i>	8
2. Descriptif des interventions issues de la littérature scientifique	13
2.1. <i>Dispositif mis en place</i>	13
2.1.1. Public concerné	13
2.1.2. Milieu d'intervention et acteurs	13
2.1.3. Axes produits ou approche globale ?	13
2.2. <i>De l'existence de dispositifs d'évaluation</i>	14
3. Quelle efficacité ?	16
3.1. <i>Facteurs sur lesquels repose l'intervention</i>	16
3.1.1. Facteurs ciblés auprès public cible	17
3.1.2. Facteurs liés au dispositif	17
3.2. <i>Conclusion des interventions sur le plan de l'efficacité</i>	18
3.2.1. Facteurs liés au public cible	18
3.2.2. Facteurs liés au dispositif	18
3.2.3. Recommandations en matière de prévention	20
Conclusions	24
Bibliographie	25

Sandrine ROUSSEL, Dominique DOUMONT,
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université catholique de Louvain¹

Quelle efficacité pour la prévention des addictions chez les adolescents ?

Dans le cadre d'une réflexion sur les assuétudes chez les jeunes, le Centre Local de Promotion de la Santé du Brabant Wallon organise des tables-rondes avec divers acteurs. L'Unité RESO s'est vue solliciter afin de réaliser un dossier technique visant à documenter leur prochaine rencontre et devant leur permettre de dégager des bonnes pratiques et des critères de qualité pour la prévention des « assuétudes » chez les adolescents.

Introduction

A propos de la problématique des assuétudes

Définir les critères d'efficacité des programmes en matière de prévention des assuétudes peut paraître de prime abord une question très circonscrite... Une question anodine et évidente qui cache un domaine excessivement complexe.

Tout d'abord, que vise-t-on ? Le vocable commun de « prévention des assuétudes » peut recouvrir des pratiques très diverses : l'abstinence de toute consommation de substance ou la non-production de comportement addictif souvent par le développement de compétences, la consommation responsable visant à réduire les risques sanitaires et sociaux y afférents, l'arrêt de comportements ou de la consommation de telles substances. Ce champ devient dès lors très vaste... Par ailleurs, lorsqu'un produit ou un comportement est identifié, sa connotation peut être variable notamment en fonction de la culture des individus. Chaque société ayant in fine son produit psychotrope. Serait-ce dès lors une question de quantité absorbée ?

La notion d'efficacité est pourtant intimement liée à la visée de cette prévention et aux représentations des assuétudes. Paradoxalement, parmi les articles analysés, un seul auteur (Leselbaum, 2003) précise ce qu'il entend par « dépendance ». Cette notion est au demeurant qualifiée, par celui-ci, de... floue !

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, F. Libion, J. Pélicand, S. Roussel

Menant une réflexion sur la prévention des assuétudes, nous ne pouvons faire l'impasse d'une clarification des concepts d'addiction, d'assuétude et de dépendance.

Certains auteurs considèrent assuétude, addiction et dépendance comme synonymes. D'autres opèrent des nuances. Lorsqu'une distinction est réalisée, assuétude est employé dans une conception relativement neutre soulignant l'accoutumance de l'organisme à une substance tandis que la dépendance comprend la notion d' « asservissement d'un sujet à l'usage d'une drogue dont il a contracté l'habitude par un emploi plus ou moins répété » (Hallion, cité dans Garnier Delamare, 2003). «Addiction » est employé comme synonyme de « dépendance ».

Ainsi, le **DSM-IV**² présente la dépendance comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Il en définit également les critères d'inclusion. La dépendance se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes suivants sur une période d'un an.

- Une tolérance qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial.
- Un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- La prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
- Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
- Un temps important est consacré à utiliser ou à se procurer la substance.
- Une réduction des activités sociales, ludiques ou occupationnelles (en raison de l'importance prise par le produit).
- L'ingestion de la substance malgré la connaissance des risques pour la santé.

Une autre classification, le **CIM-10**³, publié par l'OMS (2006), présente la dépendance comme la manifestation d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an et ayant persistés au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

- Un désir compulsif de consommer le produit.
- Des difficultés à contrôler la consommation.
- L'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- Une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).
- Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.
- Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

² Le *DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4) est un outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux. (in www.../wiki/Trouble_mental)

³ La *CIM-10*. (Classification Internationale des Maladies). La 10e Révision de la Classification Internationale des Maladies a été publiée en anglais (ICD-10) en septembre 1992 et en français (CIM-10) en 1993.

En bref,

	DSM IV	CIM-10
Tolérance	x	x
Désir compulsif ou persistant	x	x
Difficultés de contrôler la consommation	x	x
Sevrage	x	x
Rétrécissement des champs d'intérêt	x	x
Poursuite en dépit de la conscience des problèmes	x	x
Temps important consacré à utiliser/consommer	x	

Le distinguo entre deux types de dépendance, la dépendance physique et la dépendance psychologique, est de moins en moins usité tant l'une et l'autre peuvent être intimement liées.

Concernant le type d'objets pouvant conduire à la dépendance, si classiquement, les substances psychotropes étaient évoquées, de plus en plus cette liste s'élargit pour intégrer désormais les comportements addictifs.

Ainsi, une dépendance peut être développée à l'égard de la cocaïne et ses dérivés, des opiacés, des cannabinoïdes, de l'alcool, de la nicotine, des médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs ou somnifères et en particulier, des benzodiazépines), des amphétamines, ... Il n'est au demeurant pas nécessaire qu'il y ait consommation de substances pour qu'il y ait dépendance. Aussi, l'individu peut-il développer une dépendance à Internet, aux jeux, aux jeux vidéos, au sexe, à la télévision, au travail, à la pornographie, à la nourriture, aux sports à l'excès, ... Il s'agit, dans ce cas, moins d'une substance spécifique dont les propriétés conduiraient à la dépendance que d'une attitude, d'un comportement compulsif qui envahit la vie de l'individu.

A propos de la méthode

Les articles ont été sélectionnés à partir des bases de données Medline, ERIC, Sciencedirect et Doctes en combinant de différentes façons les mots-clés suivants : prévention, assuétudes/addictions, adolescents, efficacité, évaluation. Le **centre de documentation NADJA**⁴, spécialisé dans la thématique des drogues, nous a également transmis une série d'articles sur base des mêmes critères. 16 articles ont de la sorte été sélectionnés, sur base des abstracts et mots clés à partir de critères d'accessibilité, de date (articles récents) et de pertinence, proximité géographique et ce, dans un souci d'exhaustivité des informations recueillies. Lors de cette sélection, une attention toute particulière a été accordée à la possibilité de dégager des critères d'efficacité et par conséquent, aux programmes ou projets évalués. D'autres articles ont par la suite été sélectionnés dans un souci de recadrage théorique, de documentation du contexte, ou d'illustration des pratiques.

Les informations pertinentes reprises dans les articles sont ensuite codées dans les grilles préétablies, permettant de donner un éclairage aux questions que nous nous posons, à savoir :

⁴ Centre NADJA asbl. Prévention des drogues. Dominique HUMBLET, Sabine GILIS. Rue Souverain-Pont 56, 4000 LIEGE.
Tél. 04/ 223.01.19 Fax : 04/221.18.43. Email: nadja.asbl@skynet.be

- De quels types d'intervention s'agit-il ? Quel est le public concerné ? Quels sont les intervenants et comment sont-ils organisés ? Les interventions portent-elles sur un produit spécifique ou sur une approche globale ?
- Quels sont les facteurs sur lesquels joue l'intervention ?
- Quelles sont les conclusions des évaluations en matière d'efficacité ?
- Quelles sont les recommandations émises en matière de prévention ?
- Les auteurs font-ils mention des représentations en matière de consommation et de santé chez les jeunes ?
- Qu'entendent les acteurs par « assuétude » ?
- ...

1. Situation en Belgique

1.1. Ampleur du phénomène d'addiction chez les jeunes en Communauté Française

Une enquête menée par l'Université Libre de Bruxelles (Piette et al., 2003) sur les comportements des jeunes en Communauté Française de Belgique est régulièrement (tous les 2 ou 4 ans) effectuée et permet de déceler les changements de comportements chez les jeunes. Les présents éléments reposent sur la version actuellement disponible, soit la version publiée en 2003 et retraçant les évolutions de 1986 à 2002. Cette enquête a été réalisée auprès de 14.748 jeunes de 5^{ème} primaire à la 6^{ème} secondaire, par questionnaire auto administré. Tous les résultats présentés ci-après sont issus de cette étude.

Les dépendances et la consommation de substances potentiellement addictives (tabac, alcool, cannabis et ecstasy) sont abordées dans le chapitre consacré aux conduites à risques. Les comportements relatifs à la télévision, aux ordinateurs ou aux jeux vidéos sont quant à eux repris dans un chapitre consacré à la nutrition et à la sédentarité.

Avant d'aborder le volet des addictions en soi, il importe de faire un détour par les compétences de vie dans la mesure où nombre de programmes de prévention visent leur développement.

1.1.1. Compétences de vie

La **confiance en soi** diminue globalement entre 1994 (70%) et 2002 (65%). Les garçons sont nettement plus nombreux que les filles à déclarer qu'ils ont confiance en eux. Ce sentiment positif diminue avec l'âge tant pour les garçons que pour les filles. Cette différence entre filles et garçons s'accroît avec l'âge. Aucune différence n'est observée entre les divers types d'enseignement. A 11 ans, un jeune sur 5 n'a pas confiance en lui.

1.1.2. Comportements de consommation

En 2002, un jeune sur 5 déclare regarder la télévision ou des vidéos au moins 4 heures par jour et ce, durant les journées d'école. Aucune différence n'est mise en évidence entre les garçons et les filles. En revanche, la consommation de télévision diminue avec l'âge. Les jeunes du technique et surtout du professionnel sont les plus grands consommateurs de télévision. Une baisse de consommation est observée entre 1994 et 2002.

43.4% des filles et 21.7% des garçons n'utilisent jamais de jeux vidéos ou électroniques. 41.6% des filles et 43.4% des garçons en font un « usage modéré » (jusqu'à 1 heure), 3.4% des filles et 11.4% des garçons sont accros aux jeux, avec plus de 4 h de jeux, les jours d'école. Une hausse très importante est observée lors du passage du primaire au secondaire surtout chez les garçons. Les plus grands consommateurs sont les garçons quelque soit l'année scolaire ou le type d'enseignement.

Chaque catégorie de médicaments psycho actifs (i.e. utilisés contre l'insomnie, la nervosité et la fatigue) a été utilisée au moins une fois l'année qui précède par près de 10% des jeunes interrogés entre 1986 et 2002. Si la prévalence de consommation de médicaments contre la nervosité a diminué, la consommation de médicaments reste stable au cours du temps. Les

médicaments pour combattre la nervosité et pour dormir sont plus consommés chez les jeunes filles.

53% des jeunes disent avoir déjà consommé du tabac. Une augmentation de 13% des jeunes disant avoir consommé du tabac est enregistrée entre 1992 et 2002. La consommation est toutefois en recrudescence depuis 1998. Le nombre de fumeurs hebdomadaires évolue de 14% en 1990 à 21% en 2002. Parmi ceux qui fument, 64% sont de grands fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour). Le risque est identique selon le sexe, le nombre de fumeurs augmente de manière importante entre 13 et 17 ans. Les différences sont marquées en fonction du type d'enseignement, la consommation de tabac étant moins élevée dans l'enseignement général que l'enseignement technique et professionnel. 20, 5% des jeunes de 13, 15 et 17 ans fument régulièrement. La majorité des jeunes (77.9%) ne fume jamais. Parmi les fumeurs de 4^{ème} année, 76% désirent arrêter de fumer.

Environ 20% des jeunes de 13, 15 et 17 ans consomment de l'alcool chaque semaine, un pourcentage toutefois en diminution depuis 1986. Les garçons sont plus exposés que les filles tandis que peu de variation est observée selon le type d'enseignement suivi. Avec l'âge, le pourcentage de jeunes ayant déjà bu jusqu'à l'ivresse augmente. Les groupes de grands consommateurs (plus de 7 verres par semaine ou plus de 2 verres par jour) sont surtout des garçons, plus âgés, de l'enseignement technique et professionnel.

Un quart des jeunes disent avoir consommé du **cannabis**. 7% de l'ensemble des jeunes en consomment au minimum une fois par semaine et 3% sont des consommateurs quotidiens. Les taux sont particulièrement élevés dans l'enseignement professionnel avec un taux d'expérimentation dépassant 60% et un taux de consommation journalière s'élevant à 20% dans certaines années scolaires. La consommation est plus élevée chez les garçons, plus âgés (17 ans).

La consommation d'**ecstasy** est peu répandue : seuls 4% l'ont expérimentée et 1% se disent consommateurs réguliers. Cette substance est plus consommée chez les garçons, chez les jeunes de l'enseignement professionnel puis technique ainsi que chez les plus âgés (17 ans).

Plus de la moitié des jeunes (57% des garçons et 67.6% des filles) ne consomme pas de produits psychotropes licites ou illicites. 7.8% des garçons et 3.5% des filles ont consommé au moins 3 produits⁵.

1.2. Quelques exemples d'intervention en Belgique Francophone

♦ *Projet « Drogues risquer moins »*

Modus Vivendi, ASBL de prévention sida et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, a élaboré un projet intitulé « Drogues risquer moins ». Cet organisme vise la diffusion d'information et la réduction des risques liés principalement aux consommations de psychotropes en milieu festif. Le projet s'inscrit dans une logique de promotion de la santé en fournissant aux potentiels consommateurs les moyens d'assurer « un plus grand contrôle sur leur propre santé » et en tentant de mieux les responsabiliser (Degraen, 2005).

Les animateurs de ce projet vont à la rencontre des jeunes, en l'occurrence ici sur les lieux d'amusements et de consommation.

⁵ Consommation de drogues illicites ainsi qu'une consommation hebdomadaire de tabac et d'alcool, les médicaments n'ayant pas été pris en compte.

Le projet « Drogues risquer moins » regroupe différents partenaires (institutions et services actifs en Communauté Française) qui ont pour mission de repérer les événements festifs en Communauté Française, de prendre contact avec les organisateurs et de les « appuyer » durant les festivités.

Pratiquement, cela se concrétise par la tenue d'un stand sur les lieux festifs, animé par des jobistes. Ces jeunes formés à la réduction des risques sensibilisent et informent d'autres jeunes (formation par les pairs). Des professionnels locaux sont également présents sur les stands. Ces stands sont des lieux d'accueil, de rencontre, de dialogue et d'information.

Quatre « principes » jalonnent ce projet : la prévention participative, la suspension de toute forme de jugement, la responsabilité des choix de chacun et enfin, le respect de la confidentialité.

Des brochures d'informations (produits psychotropes, sida, IST, hépatites, tatouages, piercings, services d'aides locaux), des distributeurs d'eau et de fruits, des carnets d'adresses à ancrage local, des préservatifs, etc. sont disponibles au stand.

♦ *Projet Inter reg III*

Ce projet a vu le jour dans le cadre de l'initiative communautaire du Fonds Européen de Développement Régional en faveur de la coopération entre régions de l'UE pour la période 2000-2006.

L'objectif de la phase III du projet Inter reg vise à « renforcer la cohésion économique et sociale en promouvant la coopération transfrontalière » (David, 2005).

Des acteurs du secteur de la prévention ont saisi l'opportunité de ce programme transfrontalier pour développer des interventions de prévention et de réduction des risques liés aux consommations de drogues dans les milieux festifs de l'axe frontalier Lille-Tournai où de nombreux dancings sont implantés et où d'autres événements festifs se déroulent.

Différents objectifs sont déclinés et tentent de répondre aux attentes du public et/ou des usagers : rencontre et écoute sans jugement, information, prévention des risques et des dommages liés à la consommation de drogues par la mise à disposition d'outils divers, accompagnement et (ré) orientation des jeunes en fonction de leur demande, réduction des risques liés aux rapports sexuels non protégés.

Les interventions sont le fait, comme dans le projet géré par Modus Vivendi (voir supra), d'équipes de professionnels issus d'horizons différents (éducateurs, animateurs, assistants sociaux, psychologues) et de jobistes qui interviennent sur le terrain (boîtes de nuits, lieux de festivals, raves parties, etc.). Un stand est installé et propose différents outils (brochures informatives, eau pour éviter toute déshydratation, bonbons pour diminuer les risques d'hypoglycémie, préservatifs, kits de sniff, etc.). L'équipe propose « une information objective sur les produits, leurs effets, les conséquences de mélanges pas toujours adéquats, ainsi que sur les risques liés à leurs modes de consommation tel que le sniff sur l'injection ».

A l'instar du projet précédent, la confidentialité et l'anonymat accompagnent la démarche. L'écoute, les échanges et, si nécessaire, l'orientation des jeunes vers des structures adaptées font partie du processus.

David (2005) insiste sur le caractère participatif du projet. En effet, « la participation des publics en tant qu'experts et facilitateurs de contacts, fait partie intégrante de la réduction des risques et donc du projet transfrontalier (...) les jeunes (pairs) préalablement formés permettent, en connaissance de cause, d'orienter l'action, de façon plus pointue (...) » ils enrichissent la réflexion des intervenants ».

Enfin, l'auteur évoque certaines mesures environnementales qui permettent de contribuer à la réduction des risques, notamment la proposition d'heures d'ouvertures identiques pour tous les établissements de la région, la mise à disposition de fontaines d'eau, un meilleur contrôle de la température à l'intérieur des établissements, la création d'aire de repos, la possibilité aux intervenants socio-sanitaires de prévention d'investir ces lieux festifs, etc.

♦ *Projet Bob*

En décembre 1995, l'IBSR (Institut Belge pour la sécurité routière), en association avec le groupe Amoldus (Confédération des Brasseries de Belgique), innove en matière de prévention. Bob voit le jour ! Bob, personnage au demeurant fort sympathique, se porte garant de notre sécurité à tous. Il promet de nous ramener en toute sécurité en fin de soirée. Il promet surtout de rester sobre tout au long de la soirée. Au sein de chaque groupe de jeunes (ou de moins jeunes), il y aura un « Bob ». Le concept fait ses preuves et les campagnes annuelles se succèdent. Les dix premières années, elles cibleront essentiellement les « jeunes » de moins de 30 ans. Gérard (2004) évoque une étude (non citée) qui démontre l'importance de cibler également les 30-55 ans, voire les hommes d'affaires fréquentant les restaurants et autres lieux de consommation. Les stratégies de communication sont alors repensées.

Les principaux médias utilisés dans le cadre de ces campagnes de sensibilisation sont d'une part, les affiches (sur les autoroutes) et d'autre part, les spots télévisés. Des dépliants et des messages radios complètent également ces stratégies de sensibilisation. C'est la combinaison de plusieurs stratégies (approche intégrée) qui permet le succès de telles campagnes en renforçant notamment la motivation du public cible à modifier son comportement. « Le comportement désirable est combattu et le comportement désiré est mis en valeur ».

En 2004, ce concept est développé et soutenu par 8 pays européens, à savoir : la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, les Pays-Bas et les Portugal.

♦ *Initiatives étudiantes dans une perspective de santé globale à l'UCL*

Il est impensable de dissocier la « communauté universitaire estudiantine » de « l'animation estudiantine » : 24 heures vélo, baptêmes, guindailles font partie du folklore estudiantin. Ces réjouissances sont parfois l'opportunité d'une première « biture ». Certains événements tragiques liés à une consommation abusive d'alcool ont malheureusement endeuillés ces réjouissances au cours de ces dernières années.

Il a fallu repenser le contexte de ces manifestations, tout particulièrement celui des 24 heures vélo en apportant à cet événement un « autre état d'esprit qui serait à nouveau bon enfant, avec une fête pour tous, y compris les habitants et leurs enfants » (Welsch & al., 2004). Il ne s'agissait d'arriver ni à une tolérance zéro, ni à une trop importante restriction en termes de consommation de boissons alcoolisées mais bien plutôt d'initier un changement de mentalité : attirer l'attention de chacun sur l'aspect sportif de l'événement, la mise en place d'animations culturelles de qualité et prôner l'ouverture de l'événement aussi bien aux familles qui résident à Louvain-la-Neuve qu'aux étudiants souhaitant faire autre chose que boire et/ou écouter un concert.

Un « dispositif de contrôle » a donc été installé autour de ces trois grands axes (série de mesures permettant un meilleur contrôle sur ce qui se passe au niveau du site universitaire, en collaboration avec les responsables du centre sportif étudiant, la police locale, les pompiers, la Croix-rouge, les stewards, etc.). Grâce à la complémentarité de ces pôles, les « nouvelles 24 heures vélo » ont vu le jour.

Différentes actions étudiantes locales sont également à épingler :

- L'élaboration d'une charte qui encadre les animations sur les deux sites de l'UCL. Cette charte a pour objectif de « permettre à l'activité étudiante de se développer tout en évitant les débordements et désagréments qui mettraient en péril le devenir de vivre ensemble sur notre site universitaire ». Cette charte est régulièrement remise à jour, elle a également donné naissance à d'autres chartes.
- Des actions veillant à améliorer la conscientisation et la responsabilisation des étudiants quant à leur propre consommation d'alcool. Il s'agit de leur faire comprendre que l'on peut « consommer » autrement que par l'excès. Les organisateurs de soirée utilisent notamment la presse étudiante pour faire passer des messages de prévention. Le ton de ce message se veut ni moralisateur, ni accusateur.

Des activités, plus ponctuelles, s'adressent à un public ciblé :

- Les quinzaines de la bière : l'étudiant peut se rendre dans un cercle étudiant afin de consommer différemment : ambiance plus feutrée où on prend le temps de s'asseoir, de discuter entre amis, de jouer aux cartes et de consommer une bière « locale » ; on apprécie le « produit » consommé d'une autre façon, il ne s'agit pas de « boire pour boire » mais plutôt d'apprécier.
- Des stages de prévention routière sont proposés aux étudiants du site louvaniste. Ceux-ci peuvent suivre des cours où l'on accorde toutefois une grande importance à démontrer les effets néfastes d'une consommation d'alcool au volant (diminution des réflexes, perte de la notion de distance, etc.) et de ses dangers pour soi mais également pour les autres. Des stages de conduite préventive sont également proposés.
- La campagne MST vise la prévention de ces maladies mais au-delà de cela elle tente de rappeler les effets qu'une consommation excessive d'alcool peut avoir sur les comportements sexuels des individus.
- La semaine « prévention alcool » organise des activités inter-facultaires dont l'objectif principal est de sensibiliser les étudiants aux effets de l'alcool tout en faisant le lien avec les études entreprises par ce dernier. Par exemple, les étudiants d'agronomie organiseront la visite d'une brasserie/distillerie, ce qui permettra en outre de mettre en évidence les activités de leur faculté. Les étudiants de médecine et de pharmacie organiseront une conférence sur les effets de l'alcool sur le physique de l'individu et sur les interactions médicamenteuses possibles.

Ce type d'approche, qui se distingue de ce que l'on peut observer dans les grandes campagnes de masse permet d'une part, de sensibiliser l'étudiant à la consommation d'alcool et surtout à ses effets néfastes et d'autre part, de favoriser un intérêt général au programme de cette semaine « prévention alcool ». Selon Welsch et al. (2004), « une participation à chacune de ces activités permettra aux étudiants de faire l'historique du contenu d'un verre, depuis sa fabrication et son achat jusqu'à son ingestion et de voir quelles sont les étapes de la consommation, l'évolution comportementale de chacun ».

♦ *Projet « Couleurs Santé ... le Kottabos »*

Le Kottabos est un outil pédagogique de prévention des risques immédiats liés à la consommation d'alcool. Cet outil est composé de 4 boîtes permettant de créer 70 figures et proposant 9 activités ludiques de mise en situation de consommation d'alcool et de ses effets

immédiats : les pertes physiologiques, l'accumulation rapide d'alcool mais l'élimination lente de celle-ci, les différences individuelles face aux produits consommés, les retards de réponse du cerveau lors de la consommation d'alcool, l'accumulation des risques et enfin, l'interaction possible avec d'autres risques de santé et la notion de dépendance.

Notons l'approche pédagogique intéressante qui vise d'une part, la mise en jeu « de situations et d'événements tels qu'ils sont perçus par un cerveau alcoolisé » et d'autre part de « partir de l'expérience individuelle, c'est-à-dire prendre en compte l'expérience antérieure du sujet eu égard à la consommation d'alcool ». (Vandeselaere, 2004)

2. Descriptif des interventions issues de la littérature scientifique

Parmi les 21 références bibliographiques retenues dans le cadre de cette revue de littérature, 9 articles font mention de plus de 240 interventions visant à prévenir les addictions auprès d'un jeune public (enfant et adolescent). Il est à signaler que 5 articles concernent des revues de la littérature.

Seuls les articles issus de la littérature scientifiques seront ici mentionnés. Les descriptifs d'initiatives développées en Communauté Française de Belgique ont fait l'objet d'un développement au point 2.2.

2.1. Dispositif mis en place

2.1.1. Public concerné

La majorité de ces articles signale que les interventions sont menées auprès de filles et de garçons âgés de 6 à 12 ans (Faggiano et al., 2008; Greydanus & Patel, 2005), ainsi qu'auprès d'adolescent(e)s de 13 à 16 ans scolarisés (Faggiano et al., 2008; Greydanus & Patel, 2005; Grignard & Vandoorne, 2007; Lamour, 2004; Leselbaum, 2003; Stirling & Sina, 2002; Tebes et al., 2007).

Seul un article précise que les interventions proposées concernent les enfants/adolescent(e)s qui se rendent chez leur pédiatre (Greydanus & Patel, 2005).

2.1.2. Milieu d'intervention et acteurs

Il est difficile de déterminer les lieux d'intervention et les acteurs impliqués dans la réalisation de ces interventions car les auteurs des articles mentionnent essentiellement des méta analyses.

Cependant, les professionnels de santé (Lamour, 2004; Stirling et al., 2002), les enseignants (Lamour, 2004; Roberts-Gray et al., 2007; Grignard & Vandoorne, 2007; Stirling et al., 2002), les parents, les adultes qui travaillent auprès du public cible (Stirling & Sina, 2002; Leselbaum, 2003; Faggiano et al., 2008) sont cités comme intervenants.

A l'exception notable d'une intervention (Tebes et al., 2007) réalisée en milieu extrascolaire, toutes sont réalisées au départ de l'établissement scolaire. Certaines (Bantuelle & Demeulemeester, 2008; Riggs et al., 2006) impliquent en outre des acteurs extrascolaires, en particulier les parents, dans les actions menées.

Tebes et al. (2007) précisent que l'animation de l'ensemble des activités liées au programme décrit (et plus globalement au projet) est réalisée par des groupes de leaders issus de la communauté. Ces personnes ont d'une part, suivi 12 heures de « formation » au « management d'adolescents » et d'autre part, le travail de chacune d'entre elles est supervisé par l'équipe de recherche.

2.1.3. Axes produits ou approche globale ?

Les interventions relatées dans les articles concernent aussi bien le tabac (Lamour, 2004; Roberts-Gray et al. 2007; Tebes et al., 2007) que d'autres substances comme l'alcool, la

marijuana, la cocaïne, l'héroïne, la méthadone non prescrite, les drogues inhalées, etc. (Tebes et al., 2007 ; Greydanus & Patel, 2005).

Comme le précisent Faggiano et al. (2008), les interventions spécifiquement axées sur un produit sont rares.

Pour autant, peut-on dire que les interventions se réalisent dans une approche globale ?

La partie du programme décrite par Riggs et al. (2006) concerne principalement le renforcement des compétences parentales pour communiquer avec leurs enfants autour de la consommation de substances addictives.

Les interventions menées dans des écoles américaines (« Aban Aya » et D.A.R.E.) et australiennes (« Gatehouse project » (Flechter et al., 2008) ont pour objectifs d'amener des changements au sein de ces établissements scolaires. Dans cette optique, des formations destinées aux enseignants sont mises en place en vue de promouvoir un environnement scolaire positif. Par contre, aux Pays-Bas, le projet « The dutch healthy school and drugs project » a pour objectifs d'une part, d'établir de nouvelles règles scolaires à propos de l'utilisation du tabac, des boissons et drogues et d'autre part, de créer de nouveaux comités scolaires qui ont comme missions :

- de coordonner les actions de prévention de l'usage de drogues,
- de mettre en place un dépistage,
- de prévoir des interventions auprès des élèves « positifs ».

2.2. De l'existence de dispositifs d'évaluation

Dans un ouvrage collectif récent (Bantuelle & Demeulemeester, 2008), les acteurs soulignent la rareté d'une évaluation systématique dans le champ des interventions des assuétudes (employé ici comme synonyme d' « addictions »).

Trois types d'évaluation (sur des interventions visant essentiellement la santé globale) sont identifiés :

(1) les **interventions validées**, peu nombreuses (ex. Life skills training –USA-, Bullying Prevention program –Norvège-, Montreal prevention experiment, les amis de Zippy), celles-ci doivent comporter : un plan quasi-expérimental avec comparaison d'un groupe « expérimental » et d'un groupe contrôle, un contrôle des variables autres pouvant interférer, un taux de mortalité expérimentale -sujets disparaissant du dispositif- faible et dûment analysé, des mesures avant et après intervention et des analyses statistiques appropriées.

(2) les **interventions prometteuses** présentant des faiblesses sur le plan d'évaluation tel que définit en (1). Celles-ci se basent sur des résultats d'évaluation, notamment de processus, mais reposent également sur des données théoriques (ex. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle).

(3) les **modèles d'intégration des interventions en milieu scolaire** (ex. écoles promotrices de santé –EU-, approche en santé au Québec, Comprehensive school health program – USA).

Il est d'ailleurs frappant de constater que les articles :

- soit font mention d'interventions tout au plus évaluées sur des aspects de processus et de satisfaction...

- soit consistant en une réflexion sur l'évaluation... pour en déplorer l'absence ou l'extrême complexité (Bantuelle & Demeulemeester, 2008; Absil et al., 2006). Sans doute, faut-il y voir aussi une tension entre deux logiques d'évaluation (Absil et al., 2006), évaluer pour **améliorer, modifier, élargir les orientations déterminées** et/ou évaluer pour contrôler et **garantir l'octroi d'une subvention**. Dans cette dernière logique, il est impératif de produire des résultats d'évaluation à court terme alors qu'initier des processus n'essaie qu'à moyen et long terme...

Les articles sélectionnés n'échappent pas à cette observation :

- ♦ Roberts-Gray et al. (2007) proposent une évaluation du « système » mis en place en termes d'utilité et de validité, soit le « Bridge-it ». Les huit facteurs de ce système sont respectivement trois facteurs mesurant le niveau d'infrastructure des campus/site d'école (ressources, caractéristiques d'implémentation, type de leadership), deux facteurs s'intéressant plutôt aux aspects du programme en lui-même (compatibilité, existence de caractéristiques innovantes), deux facteurs permettant de mesurer les forces extérieures du campus (leadership et environnement externes) et un facteur permettant d'évaluer le processus facilitateur. Cet outil pourrait trouver son utilité dans les premières phases de démarrage d'un nouveau programme.
- ♦ Riggs et al. (2006) comparent des groupes ayant participé à une des trois sous-composantes et un groupe contrôle. Il s'agit en fait de questionnaires destinés à évaluer le sentiment d'efficacité des parents quant à leur capacité à influencer la consommation de substances addictives chez leurs enfants et des questions sur la consommation personnelle des parents.
- ♦ Stirling & Sina (2002) présentent une évaluation des connaissances en matière de drogues, un état des lieux de la vie quotidienne des adolescents et de leur relation avec le monde des adultes ainsi qu'une évaluation de la satisfaction.
- ♦ Tebes et al. (2007) proposent une des évaluations les plus systématisées. Il s'agit d'une recherche menée auprès d'un groupe contrôle (n= 155) et d'un groupe intervention (n=149). Les adolescents inscrits dans le programme « after-school » sont invités à participer à cette recherche sur base volontaire et avec le consentement des parents suite à l'envoi d'un courrier, après appels téléphoniques pour s'assurer de la compréhension de la démarche par les parents. Le dispositif d'évaluation comprend les éléments suivants : un pré-test via entretien avant l'inscription au programme PYDC (Positive Youth Development Collaborative), un post-test immédiat via entretien ainsi qu'un post-test après un an. Les entretiens sont réalisés soit dans les locaux d'écoles ou d'organismes communautaires, soit au domicile de l'adolescent. La participation à cette recherche est « indemnisée » à concurrence de 40\$.
- ♦ Leselbaum (2003) fournit une appréciation davantage axée sur les actions que sur l'évaluation. Toutefois, seules deux dimensions sont évaluées : le degré de satisfaction des publics (via un questionnaire après intervention) et la progression quantitative des établissements qui demandent des interventions.

Dans certains cas, l'article fait mention d'évaluation de manière fragmentaire; le dispositif d'évaluation et/ou les résultats en sont absents :

- ♦ Faggiano et al. (2008) mentionnent 29 interventions évaluées par des essais randomisés contrôlés toutefois ils présentent par la suite les résultats essentiellement issus de la méta-analyse.
- ♦ Grignard & Vandoorne (2007) présentent un dispositif d'évaluation élaboré en trois temps : une évaluation de processus et d'implantation du projet ainsi qu'une évaluation de

l'impact de cette implantation dans les écoles concernées, une évaluation des effets à moyen terme dans les écoles ainsi qu'une évaluation immédiate de l'impact d'actions comme la visite du bus et des animations auprès des élèves. Ces auteurs prônent, en outre, une évaluation « participative » qui induit une co-construction en continu avec les acteurs et ce, tout au long du projet y compris lors de l'évaluation de ce dernier. Les résultats et impacts ne sont pas spécifiés sur le support concerné.

- ♦ Guyon (2002) émet essentiellement des recommandations et souligne la nécessité de déterminer des objectifs mesurables dès le début du programme ainsi qu'un groupe contrôle, des séances de rappel et l'utilisation d'instruments de mesure validés. Il insiste également sur la nécessité d'inclure des activités de diffusion des résultats afin de réorienter les actions, comprendre les enjeux et éviter les erreurs. Cet auteur cite en outre des exemples d'instruments d'évaluation toxicomanie chez les adolescents : la grille de dépistage des problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents (Guyon et al., 2000) et l'indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT/ADO) (Landry et al., 2000).

Le champ des évaluations et le champ des interventions de prévention des addictions restent dans une large mesure à être conjugués, voire parfois à être intégrés sur un support commun, dans une publication commune. Aussi, est-il certes pertinent de se demander ce qui est efficace en matière d'intervention mais aussi comment l'évaluer.

3. Quelle efficacité ?

Juger de l'efficacité des interventions s'avère particulièrement complexe, tant les contextes culturels plus ou moins répressifs ou permissifs en fonction des pays imprègnent et définissent ce qui doit être prévenu et comment. Les critères peuvent s'avérer contradictoires des deux côtés de l'Atlantique... L'identification de facteurs ou de critères nécessaires à la mise en place d'une intervention efficace sera abordée au départ de trois sources :

1. Les facteurs sur lesquels se basent les interventions, partant du principe que ce choix repose (ou peu reposer) sur des éléments dont l'efficacité a été démontrée antérieurement.
2. Les conclusions des interventions sur le plan de l'efficacité (ou de la non efficacité).
3. Les recommandations des auteurs.

Ce découpage est certes un peu artificiel. Il présente néanmoins l'avantage de pouvoir clairement identifier la provenance des informations.

3.1. Facteurs sur lesquels repose l'intervention

Pour nombre d'articles, il est impossible de déterminer les facteurs sur lesquels repose l'intervention. Cette impossibilité trouve son origine dans la nature même des articles ; plus de la moitié d'entre eux consistent en des revues de la littérature.

Deux types de facteurs seront ici évoqués : les facteurs ciblés auprès du public cible et les facteurs liés au dispositif, comprenant également les acteurs y prenant part.

3.1.1. Facteurs ciblés auprès public cible

Greydanus & Patel (2005) identifient des compétences spécifiques en fonction du degré d'approche du produit, ils distinguent la prévention « universelle » et la prévention « sélective ou indiquée ».

La **prévention « universelle »** veillera à développer les **compétences sociales ou interpersonnelles**, cognitives, émotionnelles, en somme des compétences génériques et globales.

La **prévention « sélective »** veillera à développer des **compétences psychosociales ciblées** telles que : la capacité d'autorégulation, la gestion de la colère, les relations aux pairs dans le cadre de la prévention des problèmes de comportements, l'identification des situations anxiogènes et la gestion de l'anxiété dans le cadre de la prévention des troubles anxieux. Selon ces auteurs, il s'agit de travailler les compétences plus spécifiques avec les groupes à risques et des compétences d'ordre social chez les autres (Domitrovich & Welsh, 2000, cités dans Greydanus & Patel, 2005).

Notons qu'un seul article (Nizzoli & Colli, 2002) aborde les représentations. Les auteurs recommandent de s'intéresser à la **signification de la prise de risque, tant au niveau de l'individu que de la société**. La prise de risque est-elle expression de besoins « normaux », compte-tenu du stade de développement de l'enfant ou au contraire, déviance ? Le passage suivant est assez éclairant sur le point de vue défendu : « Si, en tant que société, nous acceptons que les conduites à risque aient une valeur évolutive pour nos jeunes, cela comporterait une modification de la signification de toute action de prévention, qui prendrait par là même une valeur éminemment répressive, découlant d'une volonté sociale qui porte atteinte à la croissance personnelle et qui limite le processus d'individuation pour conserver, dans toute son étendue, le lien archaïque de dépendance entre la société (adulte) et l'individu (jeune). (...) Toute conduite à risque peut s'intégrer dans un contexte d'évolution devenant par conséquent un facteur d'expérience qui peut modifier, par l'altération forcée des relations avec le monde extérieur, la dynamique intrapsychique chez l'adolescent. (...) Les conduites à risque peuvent et doivent faire l'objet d'une prévention si elles sont considérées comme des conduites ordaliques et/ou des comportements de dépendance. Le problème se présente lorsque nous devons apprendre à gérer l'équilibre délicat qui sépare toute conduite à risque de type évolutif des conduites « déviantes ». La nouvelle question à résoudre est donc la suivante : comprendre quel est le degré de liberté tolérable que nous pouvons accorder aux adolescents avant toute action » (pp. 214-215).

3.1.2. Facteurs liés au dispositif

En ciblant leurs interventions sur les **parents**, Riggs & al. (2006) visent particulièrement chez ceux-ci le **sentiment d'auto-efficacité** en vue d'aborder la consommation de drogues avec leurs enfants et, in fine, influencer les choix de consommation de ces derniers. Les auteurs, qui sont les seuls, à argumenter le bien-fondé de leur choix, expliquent ce dernier en ces termes : les normes familiales strictes de désapprobation de l'usage d'alcool et de drogues dures seraient un facteur de protection qui aiderait les jeunes à ne pas initier une consommation, tandis que des attitudes et règles parentales peu claires sont associées à une plus grande consommation. Par ailleurs, un sentiment d'auto-efficacité précéderait toujours un changement de comportement.

3.2. Conclusion des interventions sur le plan de l'efficacité

Ce type de données est nettement plus documenté. A l'instar du point qui précède, deux types de facteurs seront ici évoqués : les facteurs ciblés auprès du public cible et les facteurs liés au dispositif, comprenant également les acteurs y prenant part, la méthode et les acteurs impliqués.

3.2.1. Facteurs liés au public cible

Selon Domitrovich & Welsh (2000, cités dans Greydanus & Patel, 2005) (voir supra), il est utile de travailler des compétences distinctes en fonction des groupes :

- des compétences plus spécifiques pour les groupes à risque (telles que la gestion de la colère, de l'anxiété, la capacité d'auto régulation),
- des compétences d'ordre social chez les autres (telles que les relations avec les pairs, capacité de résister à la drogue).

Une méta-analyse (Riggs et al., 2006) met en évidence que les programmes **visant le renforcement de compétences psychosociales** sont les plus efficaces, avec un effet positif tant sur des variables intermédiaires (telles que la connaissance des drogues, la capacité de prise de décision, l'estime de soi et la capacité de résister à la pression des pairs) que sur les résultats finaux (20 % de réduction de la consommation de marijuana dans les groupes d'intervention lors du post-test et 55% de réduction pour la consommation de drogues dures). Toutefois, si les programmes se focalisant exclusivement sur les facteurs psychologiques (notamment les programmes qui ont pour objectif d'augmenter l'estime de soi et la conscience de soi, avec le présupposé que ce sont principalement des facteurs psychologiques qui interviennent dans la consommation de substances) exercent un effet sur la capacité décisionnelle et sur la connaissance des drogues, mais il n'y a pas de preuve de leur efficacité sur la prévention de la consommation de drogues. Quant aux programmes de transfert de connaissances, ... ils augmentent surtout la connaissance des drogues (sic!).

3.2.2. Facteurs liés au dispositif

Deux types de facteurs seront ici envisagés, ceux liés au dispositif en soi et ceux liés aux acteurs impliqués, à l'exception toutefois du public cible.

3.2.2.1. Dispositif et méthodes

Greydanus & Patel (2005) se basent sur divers auteurs pour définir les critères d'une intervention efficace. Sont efficaces, les interventions qui :

- Sollicitent les **méthodes interactives et expérientielles** (jeux de rôle, mises en situation, etc.) et non la simple transmission d'information (Webster-Stratton & Taylor, 2001, cités dans Greydanus & Patel, 2005).
- Sont **sélectionnées en fonction de la population de jeunes concernés** (certaine classe d'âge, population générale ou groupe à risque).
- **S'inscrivent dans la durée** avec un minimum de 20heures/an et étalées sur plusieurs années, si des résultats à long terme sont visés) (Webster-Stratton & Taylor, 2001, cités dans Greydanus & Patel, 2005) et sont aussi **précoces** que possible.
- Sont adaptées **en fonction de l'expérience et du degré de maturité de l'enfant** tout au long du cursus scolaire et **coordonnées avec les programmes scolaires** (Williams, 1990, cité dans Greydanus & Patel, 2005).

- Agissent simultanément sur **plusieurs « facteurs »** (une notion non explicitée !) (Cuijpers, 2002 ; Lemarquard et al., 2001, cités dans Greydanus & Patel, 2005) et **mettent en lien différents acteurs** (jeunes, enseignants, professionnels, parents).
- Bénéficient d'une **implantation de qualité** (sans que cette notion ne soit explicitée par les auteurs), **prennent en considération les spécificités de la population et de l'environnement** concernés ainsi que des **compétences des équipes intervenant sur le terrain** (à savoir une excellente connaissance du programme et du milieu et de la dynamique de groupes ainsi que des capacités relationnelles) (United States Department of Health and Human Services, cité dans Greydanus & Patel, 2005).

Les effets des interventions centrées sur les compétences psycho sociales des jeunes seraient **renforcées lorsqu'elles sont associées à des interventions réalisées auprès des familles, des enseignements et de l'environnement scolaire** (Webster-Stratton & Taylor, 2001, cités dans Greydanus & Patel, 2005)

Flechter et al. (2008) soulignent **l'importance de l'environnement scolaire**. Dans les programmes mis en œuvre aux USA et en Australie, ils mettent en évidence une association causale entre d'une part, la modification de l'environnement scolaire augmentant la participation des étudiants et les relations, promouvant une éthique scolaire positive et touchant le décrochage et la délinquance, et d'autre part, la diminution de l'utilisation des drogues et autres comportements à risque des jeunes, en particulier chez les garçons. En revanche, le projet des Pays-Bas ne visant que la politique scolaire ne semble pas diminuer l'utilisation des drogues

En outre, **l'expérience antérieure** des étudiants en école secondaire semble être un facteur d'influence important d'où la nécessité de toucher les jeunes le plus tôt possible, en l'occurrence avant 13-14 ans. Les auteurs concluent à l'importance d'une éthique positive dans l'établissement scolaire, de la participation à des activités extrascolaires et à « d'autres formes d'implication scolaire ». Ils soulignent également des obstacles à la prévention des addictions, en l'occurrence le décrochage scolaire et une relation étudiants-professeurs pauvre.

D'autres auteurs (Binyet & De Haller, 1993 ; Prez-Stable & Fuentes-Afflick, 1998, cités dans Greydanus & Patel, 2005) mettent également en évidence des **obstacles limitant l'efficacité des interventions**. Les programmes en réponse à une situation de crise, construits selon une approche moralisatrice ou centrés sur la peur, faisant largement appel à des interventions extérieures et ponctuelles avec peu d'engagement des professionnels de l'établissement, investissant peu dans la formation des enseignants et bénéficiant de peu de « ressources de soutien » seraient peu efficaces.

3.2.2.2. Acteurs impliqués

Lors du point précédent, l'importance de l'implication et de la mise en lien des différents acteurs a été soulignée. Des articles donnent certaines précisions à ce propos.

Riggs et al. (2006) qui s'intéressent à la participation des parents, évaluent **l'efficacité de diverses stratégies** : (1) la participation à l'association de parents serait efficace, car les parents sont impliqués activement et responsabilisés, également à l'égard d'autres parents ; (2) la « soirée des parents » serait peu efficace, probablement parce que l'action est trop ponctuelle ; (3) la réalisation des devoirs scolaires spécifiquement conçus pour la prévention de la consommation de drogues est efficace, car ces exercices créent de fait une situation de communication autour de la question des drogues.

Grignard & Vandoorne (2007) soulignent l'importance d'une négociation concertée avec tous les acteurs et ce, dès le départ, sur les éléments suivants : (1) des objectifs du projet/ l'intervention en vue de dégager un réel consensus sur ces objectifs, (2) des objets d'évaluation à court, moyen et long terme, (3) la priorisation des objets d'évaluation et la négociation de la planification /réalisation concrète du projet.

La recherche menée par Tebes et al. (2007) relative à l'intervention **Positive Youth Development** (PYD) menée en milieu extrascolaire montre des implications pour la pratique et des recherches futures. Les collaborations multiples sont nécessaires pour la réalisation d'une intervention en particulier, un partenariat très dense entre les organismes de la communauté qui « s'occupent » d'adolescents dans des activités post scolaires. Le PYD *framework* est une plateforme utile pour des messages de prévention, pour travailler des comportements de santé à risque et/ou, pour promouvoir la résilience. En outre, le PYD permet de travailler avec les jeunes leurs relations interpersonnelles, la régulation des émotions, etc. en vue de les aider à développer des relations sociales positives et in fine, de développer leur capital social. Cette étude montre que ce PYD peut s'adapter à d'autres interventions menées dans d'autres contextes tout en tenant compte des aspects culturels propres à la population visée. Les auteurs concluent en l'intérêt de cette approche pour un public d'adolescents.

3.2.3. Recommandations en matière de prévention

Par recommandation, nous entendons toute position des auteurs des articles retenus dans cette revue de littérature. Ces prises de position sont toutefois en connexion plus ou moins proches avec le développement des articles. Ci-après seront repris les éléments qui présentent un consensus (en tenant compte des parties 3.2.1. et 3.2.2.), suivi de ceux qui sont évoqués de manière plus isolée par un auteur, pour terminer par les considérations à destination d'intervenants ou milieux de vie spécifiques.

3.2.3.1. Recommandations présentant un consensus

La majorité des auteurs préconisent de :

- ♦ Intégrer ces interventions dans un projet global de santé (Bantuelle & Demeulemeester, 2008), s'inscrivant dans le long terme (Leselbaum, 2003).
- ♦ Développer une intervention adaptée en fonction du contexte et des besoins des jeunes (Greydanus & Patel, 2005; Guyon, 2002).
- ♦ Intégrer au territoire, avec la participation de plusieurs types d'intervenants (Bantuelle & Demeulemeester, 2008 ; Nizzoli & Colli, 2002 ; Stirling & Sina, 2002 ; Leselbaum, 2003), deux de ces auteurs (Bantuelle & Demeulemeester, 2008; Leselbaum, 2003) font référence aux approches communautaires.
- ♦ Ne pas se limiter à transmettre de l'information mais travailler les compétences psychosociales (de par leur impact sur les modifications de comportements) dans une optique de santé globale plutôt que se focaliser sur un produit (Lamour, 2004 ; Bantuelle & Demeulemeester (2008); Faggiani et al., 2008).
- ♦ Construire l'intervention en collaboration/partenariat avec les jeunes, favoriser les méthodes interactives (Lamour, 2004; Nizzoli & Colli, 2002; Guyon, 2002); l'idée est ici que la participation augmente l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, etc.
- ♦ Intervenir à un âge précoce (Nizzoli & Colli, 2002 ; Guyon, 2002)

A propos des diverses approches, Lamour (2004), qui prône de ne pas fournir « *un savoir abstrait, mais d'équiper les jeunes de capacités à réagir dans des situations concrètes* », en distingue trois : l'approche éducative, l'approche informative et l'approche persuasive.

Dans le cadre de *l'approche informative* ou traditionnelle, l'objectif principal est la transmission de connaissances. Il y a un « expert » qui sait en face d'un « usager » qui ignore. Pour l'auteur, cette démarche montre très vite ses limites : « présentez-nous le jeune qui ne sait pas que le tabac peut lui provoquer un cancer du poumon, nous le cherchons tous ! »

L'auteur fait également référence à différents modèles et théories qui permettent de décoder la complexité des comportements de santé : Health Belief Model (HBM), théorie sociale cognitive, la théorie de l'action raisonnée, la théorie des comportements planifiés, la théorie des comportements interpersonnels, le modèle transthéorique.

L'approche persuasive utilise toute stratégie, y compris celle de la peur, pour peu que l'on arrive à un changement de comportement. Toutefois, selon Lamour, cette approche pose de nombreuses questions sans pour autant obtenir le changement escompté. L'auteur cite une méta-analyse (non référenciée dans l'article) portant sur plus de 100 articles concluant que les messages qui insistent sur le facteur « peur » ne portent leurs fruits que s'ils sont accompagnés de messages traduisant « une efficacité forte de la solution proposée » et d'un sentiment d'être capable de pouvoir agir. Au demeurant, ce type de stratégie risque d'induire d'autres sentiments comme la colère, la tristesse, le désarroi, etc. ce qui fait dire à Lamour que la persuasion (par la peur) ne peut s'adresser à tous les adolescents.

Enfin, dans *l'approche éducative*, « approche construite si possible dans la confiance et dans la durée », les messages de prévention construits dans la proximité permettent aux jeunes une appropriation parce qu'adaptés à leur histoire et à leur situation. L'auteur cite un travail de recherche (non identifié dans l'article) en évaluation de programmes de prévention des addictions auprès des jeunes qui a permis de démontrer « qu'il ne suffit pas de travailler uniquement sur les compétences en matière d'attitudes et de comportements face aux drogues, mais il faut donner aux adolescents l'occasion d'améliorer leur capacité de négociation et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes ».

3.2.3.2 Recommandations formulées par certains auteurs

De **manière plus individualisée**, les auteurs insistent sur la nécessité de :

- ♦ Planifier soigneusement l'implantation du projet (Bantuelle & Demeulemeester, 2008))
- ♦ Mener des recherches pour examiner les mécanismes selon lesquels les expériences à l'école interagissent avec les autres facteurs socioculturels et biographiques pour influencer les décisions en lien avec l'utilisation de drogues (Flechter et al., 2008).
- ♦ Déployer un ensemble de stratégies d'éducation, prévention et gestion afin d'éradiquer le fléau que constitue les drogues. Ils demandent dans ce sens (1) au gouvernement de réduire l'accessibilité et la disponibilité des drogues, (2) à la société civile d'exhorter les médias à arrêter d'encourager et de glorifier l'usage de drogues, (3) aux modèles sociétaux (stars & sportifs) de ne pas encourager l'usage de drogues (Greydanus & Patel, 2005).
- ♦ Analyser les émotions associées à la prise de risque chez les jeunes ainsi que le niveau de conscience du risque (Nizzoli & Colli, 2002).
- ♦ Recourir à l'éducation par les pairs (Nizzoli & Colli, 2002).
- ♦ Etablir de liens avec le monde du travail (Nizzoli & Colli, 2002).
- ♦ Viser tous les jeunes et pas seulement ceux à risque, en considérant que chaque individu est susceptible de réagir de manière différente à la même stimulation ; du fait de

l'interaction de plusieurs facteurs socioculturels, affectifs, sociocognitifs, etc. (Nizzoli & Colli, 2002)

- ♦ Encourager l'activité sportive comme moyen de prévention, à condition que ce soit l'occasion d'éduquer au respect de son corps, à la maîtrise de soi, à la gestion de l'agressivité et que cela ne se transforme pas en recherche exagérée d'affirmation de soi au prix parfois de risques graves pour la santé (cf. substances dopantes) (Nizzoli & Colli, 2002).
- ♦ Augmenter la capacité des adolescents à répondre aux problèmes relationnels (Nizzoli & Colli, 2002).
- ♦ Créer des lieux de mise en commun des centres de documentations, de la recherche et de formation (Stirling & Sina, 2002).
- ♦ Rester réalistes sur le plan des attentes et des messages : traiter les avantages comme les dangers de consommation (Guyon, 2002).
- ♦ Mettre en œuvre des principes éducatifs pratiques et non des concepts (Guyon, 2002).
- ♦ Renseigner et impliquer les adultes (Guyon, 2002).
- ♦ Mettre en œuvre des interventions qui conjuguent différentes stratégies, jouent sur plusieurs facteurs de risques... (Guyon, 2002).

3.2.3.3. *Recommandations vis-à-vis d'acteurs ou de milieux de vie*

Certains adressent leurs **conseils à des acteurs spécifiques** ou à un milieu de vie spécifique :

A propos des **établissements scolaires**, Nizzoli & Colli (2002) les considèrent comme jouant un rôle central. Les auteurs s'attachent à relever certains éléments qui ont produit des résultats appréciables: la présence dans le projet de services aux écoles par des organismes extrascolaires, un rôle précis des parents et des adolescents qui ont une fonction active dans la réalisation du programme.

Stirling et al. (2002) reprennent les recommandations émises par l'Inserm⁶ :

Au niveau de l'action : réfléchir au ... (1) comment investir d'autres lieux de prévention ? (2) comment améliorer la participation des parents ? (3) comment mobiliser l'ensemble de la communauté et pas seulement le « monde scolaire » ?

Au niveau de l'évaluation : établir des liens entre les intentions de consommer des produits illicites et le passage à l'acte.

Au niveau du comité de pilotage du programme : (1) élargir celui-ci à des intervenants variés (tels que les médecins et infirmières de l'éducation nationale, les conseillers pédagogiques, les soignants hospitaliers de l'unité des addictions, les services de soins et accompagnement en ville, la police à la mission de sécurité prévention de la ville et (2) veiller à la coordination des différents acteurs, intervenants.

Flechter et al. (2008) voient dans l'éthique scolaire visant à prévenir le décrochage, un complément aux interventions visant à prévenir la consommation de drogues. Le rôle du système en matière de prévention est de (1) favoriser l'intervention des professionnels éducatifs, sociaux et du travail grâce à des actions adaptées d'éducation à la santé, (2) développer la formation de professionnels dont la médecine scolaire pour le repérage et l'aide précoce ainsi que (3) constituer des réseaux d'aide médico-psychologique à destination des adolescents.

⁶ INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, situé à Paris.

Pour Leselbaum (2003), il importe de travailler davantage le rôle des établissements scolaires en matière de prévention des addictions. Pour cet auteur, (1) les responsabilités de l'école doivent être élargies. L'école doit désormais s'intéresser au jeune et non exclusivement à l'élève. Elle se doit d'avoir pour mission le bien-être du jeune. Comme les drogues sont interdites à l'école, l'école doit faire intervenir des acteurs présents dans d'autres lieux de vie. (2) Une réflexion doit être menée sur la nouvelle éthique et sur la norme : la normativité (établissement des normes) ou la normalisation (affirmation d'une seule norme possible). (3) L'école assume un nouveau partage de la responsabilité éducative à l'égard des jeunes dans la relation école-famille où l'école est médiatrice, (4) De nouveaux dispositifs doivent être mis en place afin de permettre à l'école d'orienter les familles vers institutions compétentes, (5) Une nouvelle identité professionnelle des enseignants et des éducateurs doit être développée

Greydanus & Pattel (2005), auteurs outre-atlantique, qui se placent clairement dans une optique prohibitionniste, s'adressent aux *médecins généralistes* en leur exhortant à :

- Aborder la question de l'utilisation potentielle de drogues avec les patients adolescents.
- Encourager tous les éléments de la société (écoles, institutions religieuses, etc.) à éduquer les jeunes aux dangers de ces drogues.
- Prendre conscience de l'impact positif de leurs recommandations aux adolescents de ne pas recourir aux drogues, surtout si les adolescents entendent le même message d'autres professionnels.
- Communiquer aux jeunes adolescentes qu'elles réagissent différemment aux drogues que les adolescents de sexe masculin.
- Promouvoir auprès des adolescents, les programmes de développement des compétences de vie, aussi nommées compétences psychosociales.
- Attirer l'attention des jeunes et de la société que la consommation de drogues altèrent le système nerveux central et provoquent des changements au niveau des neurotransmetteurs.
- Apprendre à la société que le problème des assuétudes ne peut être réglé par des pénalités légales et que les jeunes consommateurs doivent pouvoir faire appel à une gestion compréhensive comprenant des thérapies individuelles, de groupe et familiale.
- Soutenir les parents dans la compréhension de l'abus de substance et le message d'abstinence à communiquer aux enfants. Les auteurs soulignent en outre l'importance de l'exemple parental... exhortant les parents à mettre un terme à leur consommation avant que les jeunes ne soient adolescents.

En outre, les interventions visant l'arrêt des consommations devraient prendre en considération l'état de l'adolescent sur base des concepts de changements de comportements développés par Prochaska et al.⁷. Un contrôle particulier de l'environnement du jeune qui arrête devrait en outre être exercé pour éviter le risque de rechute.

Les mêmes auteurs encouragent les *adolescents* à apprendre des stratégies pour refuser la drogue et développer l'estime de soi saine sans recours à des substances.

⁷ Pré contemplation -ne veut pas arrêter ; contemplation - pense à arrêter ; préparation - planifie l'arrêt ; action - a activement commencer à quitter ; maintien -continue la cessation d'utilisation de drogues

Conclusions

Ce dossier souligne l'extrême complexité d'une thématique en apparence simple : l'efficacité des interventions en matière de prévention d'assuétudes. Complexe, cette thématique l'est à plus d'un titre...

D'abord, qu'entend-t-on par « assuétudes », ou plutôt quel distinguo opère-t-on entre assuétudes, addictions et dépendances? Quel comportement relève-t-il d'une addiction ? Est-il des addictions socialement admises -la consommation d'alcool, le *work alcoholism*, la télévision, les médicaments, ...- qui font nettement moins l'objet de programme de prévention? L'addiction est-elle avant tout un phénomène d'asservissement de la personne ou un phénomène qui dérange la société ? Une indispensable clarification de concepts permettrait peut être une meilleure déclinaison des objectifs à atteindre, mais serait encore insuffisante... Une seconde clarification se doit d'être opérée : que vise les acteurs qui préviennent : l'abstinence, la consommation responsable, le sevrage ? Se positionnent-ils dans une optique de sensibiliser, d'accompagner, de juger voire de stigmatiser, d'éradiquer ? La réponse à ces questions n'est pas toujours dénuée de toute ambiguïté... En outre, si la tendance actuelle est de parler de comportements addictifs, force est de constater que la prévention des addictions concerne avant tout la consommation de substances. Elle s'enracine, en outre, dans un contexte culturel plus ou moins prohibitionniste ou plus ou moins permissif.

Absil et al. (2006) le soulignent : la prévention des addictions recouvre beaucoup de choses...

Clarifier ces objectifs est pourtant essentiel pour évaluer l'efficacité des interventions. Le champ des évaluations et le champ des interventions de prévention des addictions restent dans une large mesure à être conjugués. Les évaluations des interventions sont peu nombreuses et lorsqu'elles existent offrent peu d'éclairages pour accroître l'efficacité de la pratique. La complexité des facteurs en jeu, la nécessité d'une évaluation des impacts à long terme sont autant d'éléments qui font de l'évaluation un véritable défi.

En dépit de la complexité de la... « problématique », divers critères de qualité peuvent être dégagés. Seraient efficaces, les interventions qui : s'inscrivent dans la durée et s'intègrent dans un projet global de santé, sont modulées en fonction du contexte et des besoins des jeunes, s'intègrent au territoire avec la participation de l'ensemble des intervenants concernés, proposent une approche multidisciplinaire et multisecteur, travaillent les compétences psychosociales dans une optique de santé globale plutôt que se focaliser sur un produit, sont construites en collaboration/partenariat avec les jeunes, favorisent les méthodes interactives, interviennent à un âge précoce.

A la lumière de ce qui précède, les auteurs de ce dossier seraient tentés d'en ajouter deux : une clarification des concepts et des objectifs ainsi qu'une pratique plus systématique de l'évaluation.

Bibliographie

Absil G., Vandoorne C., Coupienne V., Leva C., Anceaux P. , Bastin P., Anciaux G., Dungenhoef C. & Humblet D. (2006), L'évaluation des projets de prévention des assuétudes, in *l'Observatoire*, 51-52, p. 139-145.

(sous la direction de) Bantuelle M. & Demeulemeester R. (2008), *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, Saint-Denis, INPES, collection Référentiels, 132p.

David D. (2005), Dossier : « vive la fête ? » Article descriptif du travail mené dans les lieux festifs dans la cadre du projet interreg III, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, 35, Juin 2005, pp 19-24.

Degraen M. (2005), Dossier : vive la fête ? « Drogues risquer moins » un projet de promotion de la santé mené en milieu festif, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, 35, Juin 2005, pp 16-18.

Faggiano F., Vigna-Taglianti D., Versino E., Zambon A., Borracino A. & Lemma P. (2008), School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review, in *Preventive Medicine*, Article in Press, consulted le 11 mars 2008, à <http://www.elsevier.com/locate/ypmed>.

Flechter A., Bonell C. & Hargeaves J. (2008), School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies, in *Journal of adolescent health*, 42, pp. 209-220

Garnier-Delamare (2003), Dictionnaire des termes de médecine, Malonne, Paris.

Gérard A. (2004), Récits d'expériences, Bob : une stratégie de communication, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, 32, Septembre 2004, pp 31-32.

Grignard S. & Vandoorne C. (2007), Une évaluation participative et négociée. Le cas de « Diabolo Manques », présentation Powerpoint, consulté le 11mars 2008, à <http://pses.crp-sante.lu/fr/Grignard.A2j1.pdf>.

Greydanus D.E. & Patel D.R. (2005), The adolescent and substance abuse: current concepts, in *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 35, pp.78-98.

Guilamo-Ramos V., Litardo H.A. & Jaccard J. (2005), Prevention programs for reducing adolescent problem behaviors: implication of the co-occurrence of problem behaviors in adolescence, in *Journal of Adolescent Health*, 36, pp 82-86.

Guyon L. (2002), Evaluer la prévention des conduites alcooliques et toxicomaniaques : expériences québécoises récentes, in Venisse J.L. et al., *Conduites addictives, conduites à risques, quels liens, quelle prévention ?* Paris, Masson, pp. 187-198

Lamour P. (2004), Quel apport de l'éducation pour la santé dans la prévention du tabagisme chez le jeunes ? in *Archives de Pédiatrie*, 11, pp.596 – 598.

Leselbaum N. (2003), Education à la santé et prévention des dépendances en milieu scolaire, in *Toxibase*, 9, pp. 1-13.

Nizzoli U. & Colli C. (2002), Evaluation des actions de prévention des conduites à risques chez les adolescents: expériences italiennes, in Venisse J.L. et al. *Conduites addictives, conduites à risque : quels liens, quelle prévention ?* Paris, Masson, pp. 177-198.

Piette D. et al. (2003), *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994 ?*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 111p.

Riggs N.R., Elfenbaum P. & Pentz M.A. (2006), Parent Program Component Analysis in a Drug Abuse Prevention Trial, in *Journal of Adolescent Health*, 39, pp. 66-72.

Roberts-Gray C., Gingiss P.M. & Boerm M. (2007), Evaluating school capacity to implement new programs, in *Evaluation and program planning*, 30, pp. 247 – 257.

Stirling J.& Sina F. (2002), Une action de prévention originale et une tentative de l'évaluer, in: Venisse J.L. et al, *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelles prévention ?*, Paris, Masson, pp. 165-173.

Tebes J.K., Feinn R., Vanderploeg J.J., Chinman M.J., Shepard J., Brabham T., Genovese M. & Connell C. (2007), Impact of a positive youth development program in urban after-school settings on the prevention of adolescent substance use, in *Journal of Adolescent Health*, 41, pp 239-247.

Vandeselaere F. (2004), Récits d'expérience, « Couleurs santé ... Le Kottabos », in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, 32, Septembre 2004, page 39.

Welsch M., Bioul D. & Verton V. (2004), Récits d'expérience, Initiatives étudiantes à l'Université Catholique de Louvain dans une perspective de santé globale, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, 32, Septembre 2004, pp 33-38.